

GEORGEN SOUSA HAUAGGE

**PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO NO PARTO E
MORTALIDADE NAS REGIÕES DO BRASIL NO ANO DE
2002**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

GEORGEN SOUSA HAUAGGE

**PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO NO PARTO E
MORTALIDADE NAS REGIÕES DO BRASIL NO ANO DE
2002**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani

Orientador: Profa. Dra. Roxana Knobel

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

Georgen Sousa Hauagge.

Procedimento Obstétrico no parto e suas repercussões nas diversas regiões do Brasil no ano de 2002 / Georgen Sousa Hauagge. – Florianópolis, 2005.

Xx p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1.Parto 2.Cesariana 3. Sistema de Saúde 4. Mortalidade

**À Jorge Hauagge Filho, meu pai, por fazer de
seu sonho o meu, e dar condições para que
fosse realizado.**

AGRADECIMENTOS

À minha família, onde incluo meus pais , irmãos e minha namorada, a qual eu já considero parte. Eles fizeram destes 6 anos de faculdade muito mais fácil que o imaginado.

A minha orientadora, Profa. Roxana Knobel, pela boa vontade e prontidão em auxiliar e transmitir seus conhecimentos necessários a realização deste trabalho.

A todos professores que se propuseram a repartir um pouco de seu conhecimento, necessário para chegar aonde cheguei.

Aos meus amigos Paulo Oscar Scholz, Fernando Fávero, Paulo Bruno Bess Balvedi, César Augusto Fraga de Sousa, Augusto Marasca de Conto, André Padovan, João Henrique Rocha da Rosa, José Ricardo Paz, Christopher Gallotti Vieira, Jaime Krueger, Fernando Siqueira Kel, Sólon Casalletti, Fabrício Antunes Zanete, Wuilker Knoner Campos, Antônio Bernardo Queiroz Krueger, Gustavo Sartoratto, Ulysses Jorge Aguiar, e a todos outros colegas de faculdade não menos importantes.

SUMÁRIO

Resumo.....	vi
Summary.....	vii
1. Introdução.....	01
2. Objetivos.....	07
3. Metodologia.....	08
4. Resultados.....	09
5. Discussão.....	15
6. Conclusões.....	21
Referências.....	23

RESUMO

INTRODUÇÃO: a via de parto, já há algum tempo vem sendo motivo de estudos. Com o grande aumento do número de cesáreas, surgiram várias discussões a respeito de qual seria o procedimento ideal. Foram levantadas várias hipóteses, além de prós e contras para cada procedimentos. **OBJETIVO:** avaliar as diferenças de escolha do procedimento obstétrico e suas repercussões no ano de 2002 nas diversas regiões do Brasil. **METODOLOGIA:** foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo, sendo obtidos dados através do site DATASUS, referentes à números de internações e partos realizados e também a mortalidade hospitalar do SUS por local de residência. **RESULTADOS:** dentre todos os nascidos vivos, tivemos uma taxa total de cesáreas de 38,77% sendo que maior porcentagem de cesáreas encontra-se no sudeste. Dentre os partos realizados não-SUS, a taxa de cesáreas foi de 83%. A taxa de mortalidade foi 6 vezes maior na cesárea que no parto vaginal. **CONCLUSÃO:** mesmo com recomendações da OMS para evitar as cesáreas desnecessárias, as taxas de cesáreas estão altas, principalmente no setor privado. Visto que a taxa de mortalidade foi significativamente maior nas cesáreas, é necessário providência para parar o crescimento e se possível diminuir este grande número de cesáreas realizadas. **PALAVRAS-CHAVE:** Parto, Cesariana, Sistema de Saúde e Mortalidade.

SUMMARY

INTRODUCTION: the birth procedure, for times have been reason for studies. Because of the growth of cesarean sections number, several discussions concerning the ideal procedure issued. It was taken several hypotheses, each one with its pros and against.

OBJECTIVE: evaluate the obstetrical procedures choose differences and its repercussions over Brazilian's regions in the year 2002.

METHODS: it was accomplished a retrospective and descriptive study – based on DATASUS web-site data – about the birth and internation number and also the SUS's mortality rate over Brazilian's regions.

RESULTS: between all the live births, the global cesareans rate was 38.77%, with higher rate in south-east region. Among non-SUS births, the cesarean rate was 83%. The cesarean's mortality rate is six times greater as the vaginal birth.

CONCLUSION: despite WHO's (World Health Organization) recommendation to avoid unnecessary cesareans sections, these rates are higher mainly in private environment. Due to the fact that mortality rates are significantly higher on cesareans sections, it is necessary to stop its growth, and if possible raise the number of accomplished procedures.

KEY-WORDS: birth, cesarean section, Health System and Mortality

1. INTRODUÇÃO

Qual o melhor tipo de parto? Esta é uma discussão surgiu junto com o início das intervenções cirúrgicas na gravidez e persiste até hoje em que a dúvida é ainda maior.

No começo do século passado, as práticas médicas de assistência ao parto, cruentas e arriscadas, continuavam encontrando grande resistência da parte das parturientes. Também no Brasil, desde o século anterior, além das mulheres de famílias ricas o suficiente para pagarem os honorários dos obstetras, em partos domiciliares ou hospitalares, as usuárias dos serviços médicos - os hospitais de ensino - eram as mulheres desvalidas, que não tinham aonde ir a hora do parto, e as parturientes de casos desesperados, que não haviam se resolvido com os recursos não-médicos. As demais eram atendidas por parteiras, mais leigas ou mais cultas, que davam consultas sobre vários temas, como cuidados com o corpo e tratamento de doenças venéreas, e também praticavam o aborto e eventualmente colaboravam com a exposição ou com o infanticídio. Mas a obstetrícia médica necessitava da presença das mulheres nos seus serviços, em suficiente quantidade, pois para médicos e estudantes este era o único meio de adquirir prática na difícil arte dos partos. Como preencher suas enfermarias vazias? Inúmeros recursos foram empregados para atrair o público feminino aos locais de internamento desde o século anterior, incluindo medidas coercitivas para intimidar as pessoas que acolhiam, em suas próprias casas, as mulheres em trabalho de parto (BRENES, 1991).

Na Tradução Ecumênica da Bíblia, lê-se no Gênesis 3,16: *"Ele disse à mulher: 'Farei com que, na gravidez, tenhas grandes sofrimentos (literalmente, segundo as notas do tradutor, 'eu multiplicarei os sofrimentos da gravidez'); e é com dor que hás de gerar filhos. Teu desejo te impelirá para o teu homem, e ele te dominará'".*

Percebe-se então uma diferença de idéia entre a igreja, querendo preservar o valor do parto “natural”, e os obstetras modernos querendo implantar a cesariana.

Para a obstetrícia médica, a dor está no centro da polêmica há mais de meio século. A justificativa de que ela é fisiológica e necessária, aceita pelos obstetras, era até então uma

postura polêmica, coerente apenas com a explicação religiosa que se necessitava superar.

"O maior impecilho que tem havido em resolver o problema da anestesia durante o trabalho de parto é a preocupação de que a dor é physiologica e portanto deve ser conservada. É pouco mais ou menos o consolo phylosofico do prático á cabeceira da paciente: quanto mais forte a dor, mais depressa o parto" (MAGALHÃES, 1916:103).

"A dôr, no que tem permitido a minha observação concluir, parece entrar na genese dos collapsos observados durante o parto. É fato de observação frequente, mormente si se tem a considerar um terreno hysterico ou um estado de depreciação physiológica, apesar da insignificancia da perda sanguinea durante o trabalho ou após o delivramento, manifestar-se um desequilíbrio no organismo da mulher com perda de pulso, syncopes repetidas, collapsos. [...] Por isso julgo que é perfeita a indicação de qualquer meio therapêutico com o intuito de anesthesiar" (MAGALHÃES, 1916:102)

Nas primeiras décadas deste século, o pavor ao parto hospitalar continuou plenamente justificado. O sinistro armamentário utilizado, a rudeza das técnicas e os altos índices de infecção hospitalar dizimavam mulheres e crianças em grandes proporções (O'DOWD e PHILLIP, 1994; BRENES, 1991; SCHRAIBER, 1993).

O significado da cesárea, antes uma expiação da culpa, ditada pela intolerância religiosa católica com as mulheres, a sexualidade e a maternidade, foi se transformando. De identificados no parto como patologia, uma morte quase certa, o prognóstico sofreu modificações à medida que a antisepsia e a anestesia foram se aperfeiçoando e tornando a cirurgia mais segura. Mas, muito antes da antibioticoterapia e dos bancos de sangue eficazes, ela parece já conter a promessa da resolução dos problemas.

Em meados do século passado, com o advento da antibioticoterapia, à medida que o parto médico foi se institucionalizando, a assistência hospitalar tornou-se rotineira e desejável. A assistência ao parto passa a ser organizada como uma linha de montagem, na qual a paciente deveria ser "processada" em cada uma das fases do parto, por um dado período de tempo, com certos medicamentos e instrumentos, com vistas a atingir um certo resultado. Os serviços, seus profissionais e sua estrutura física foram se adequando aos novos tempos, com novas rotinas, procedimentos e divisões de trabalho entre varões e mulheres.

A cesária levou muito tempo para se legitimar como "trajeto preferencial", e o que a legitimou foi o aumento da sua segurança, ainda que menor do que a do parto vaginal. No caso brasileiro, a defesa da cesárea apoiou-se fortemente "no mito das lesões genitais, perpetuado por eminentes professores de obstetrícia, que transmitem essa idéia aos seus estudantes, e assim o mito se torna um conceito prevalente tanto entre médicos como entre mulheres" (FAÚNDES e CECCATI, 1991).

Menos segura, mas muito mais adequada à organização dos serviços e das práticas, a cesárea ganhou espaço principalmente a partir da década de 70. No Brasil, o entusiasmo cesarianista de Magalhães, considerado o pai da obstetrícia, contagiou muitos de seus seguidores. Rezende, para quem a obstetrícia brasileira se divide em antes e depois de Magalhães, o cita como autoridade, já em 1974, na defesa do parto abdominal a pedido.

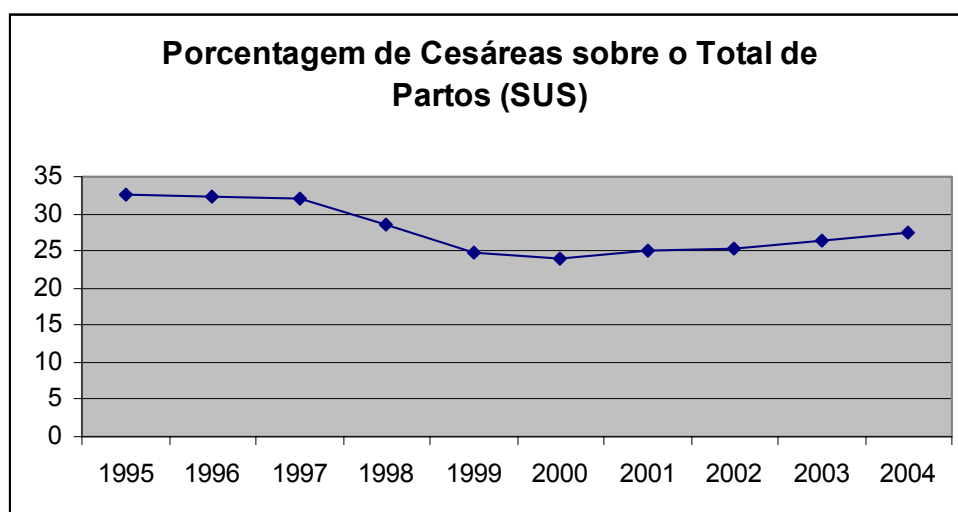
Mas ainda existem muitos obstetras a favor do parto vaginal: *É sabido que o parto normal tem muitas vantagens em relação a cesariana: é o fisiológico - o corpo da mulher foi preparado para isso; a recuperação é muito mais rápida; há menor chance de hematomas ou infecções; menor risco de complicações para a mãe; menor chance de dor pélvica crônica. Quanto a dor, com as técnicas de analgesia de parto utilizadas hoje em dia, essas podem ser evitadas. A princípio então, devemos pensar primeiro no parto normal, principalmente em se tratando de mulheres saudáveis e gestações idem.* (VIANNA, 2004).

Vemos então a aceitação da cesariana crescendo progressivamente. Hoje, encontramos profissionais discursando sobre as vantagens, com argumentos convincentes para ambos os procedimentos como foi visto anteriormente. Em sua maioria dizendo que, se possível o parto de eleição é o vaginal. Existem até profissionais que se congratulam em ter uma baixa taxa de cesariana. Mas vemos que isso não é o principal fator para caracterizar um bom profissional e sim a escolha da melhor e mais segura via de parto para mãe e bebê.

Apesar de, teoricamente, a primeira escolha ser parto vaginal, na prática não vemos sempre isso. A prova é o grande crescimento do número de cesarianas. Em 1966, a porcentagem deste tipo de cirurgia era de 14,6% do total, chegando a 31%, em 1997, número bem acima do índice ideal de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde. (FRADE, 2000)

Mesmo sendo de risco de até dez vezes maior, tanto para o bebê quanto para a mãe, até 2000 o Brasil era considerado o campeão mundial de cesariana. (FRADE, 2000)

Depois de uma campanha promovida pelo Ministério da Saúde, em 1998, que incluiu pagar menos por este tipo de parto ao hospital e ao médico, estabelecendo o limite de 40% de cesáreas para pagamento, a taxa de cesáreas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2003 caiu para próximo de 25%. (DATASUS)



FONTE: DATASUS 2005

Mas o que vem acontecendo para essa mudança de conceito? *A cesária constitui, do ponto de vista da técnica, uma troca de riscos concretos aumentados, para mãe e bebê, compensada pela promessa, muito sedutora, ainda que duvidosa, de prevenção da dor e do despedaçamento dos genitais. E também do parto previsível, finalmente livre dos obstáculos do trajeto pélvico ameaçador, dos horrores do arrancamento, da ansiedade dos familiares, e, finalmente, compatível com o agendamento hospitalar eficiente, capaz de propiciar a maior rentabilidade aos prestadores de serviço.* (ARMS, 1994).

Hoje existem situações bem claras de quando a cesariana é recomendada.

Indicações absolutas: São aquelas em que deve ser realizada a cesárea devido ao grande risco materno e fetal.

- Trabalho de parto obstruído :desproporção cefálo-pelvica (feto muito grande para a bacia materna) ou feto transverso;
- Placenta prévia centro total: a placenta recobre todo o orifício do útero;
- Gestação gemelar com primeiro feto pélvico;
- Sofrimento fetal agudo sem parto vaginal eminente;
- Carcinoma de colo uterino.

Indicações relativas: São aquelas em que deve ser avaliada a relação risco/benefício e observando que cada caso é único e pode se apresentar de diversas formas em cada gestante. Não é obrigatória a indicação da cesárea, devendo prevalecer o bom senso do obstetra.

- primigesta (primeiro filho) idosa ou adolescente
- morte fetal (embora alguns autores considerem a morte fetal como uma contra-indicação absoluta do procedimento);
- gêmeos prematuros;
- tumores pélvicos;
- cirurgias corretivas vaginais (períneo);
- herpes genital ativo;
- varizes vulvares;
- 02 partos cesáreos anteriores;

(RIBEIRO, Helena, 1999; CASTRO, Arachu; LANGER, Ana; HEIBURGER, Angela, 2002)

A polêmica está nos partos sem nenhum imprevisto ou risco prévio para a mãe ou bebê, nas “cesáreas eletivas”.

A OMS recomenda uma taxa máxima de 15% de cesáreas. (WHO, 1985). Esta taxa inclui a soma total das indicações absolutas e relativas. A discussão começa ao considerar números muito superiores, como os brasileiros. Haverá mesmo maior proporção de patologias e indicações no procedimento ou estão sendo feitas de forma “eletiva”.

Frente a este problema, vê-se necessário o levantamento do número de procedimentos realizado no Brasil, nos últimos anos associado a morbidade e mortalidade.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral:

- Avaliar a via de parto nas diversas regiões do Brasil

2.2 - Objetivos específicos:

- Comparar a via de parto nas diferentes regiões do Brasil;
- Comparar a mortalidade relacionada a cada procedimento obstétrico nas regiões do Brasil.

3. METODOLOGIA

3.1 - Descrição do estudo

Será realizado um estudo retrospectivo e descritivo.

3.2 - Coleta dos dados

Os dados analisados serão obtidos no site do DATASUS (www.datasus.gov.br).

Foram obtidos dados referentes a procedimentos obstétricos no SUS, à mortalidade hospitalar do SUS e ao número de AIHs gastas por procedimento obstétrico por local de residência da gestante. Para esta análise, os critérios de inclusão foram as internações que ocorreram no SUS em todos estados do Brasil relativas aos tipos de parto realizados no ano de 2002.

O cálculo de partos não-SUS foi realizado de forma indireta, utilizando-se o número de nascidos-vivo em 2002 e subtraiu-se do número de partos realizados no SUS do mesmo ano.

3.3 - Variáveis estudadas

Tipo de parto realizado;

Partos realizados no SUS;

Partos realizados em atendimento particular ou por convênio médico (não- SUS);

Mortalidade após procedimentos obstétricos;

Número de AIHs gasta por procedimento.

3.4 - Análise dos dados

Os dados serão armazenados em bases de dados do programa Microsoft Excel versão 2002. Serão armazenados os dados dos tipos de parto por região realizado pelo SUS e particulares separadamente e o número de óbitos por procedimento em cada região nos procedimentos feitos pelo SUS. Através desse banco de dados serão feitas as análises, utilizando as ferramentas de programação e estatísticas do próprio programa.

4. RESULTADOS

TABELA 1 – Nascidos-vivo por tipo de parto e região (Brasil, 2002)

Regiões	Vaginal	Cesárea	Total
Norte	216014	84529	300543
Nordeste	676070	249904	925974
Sudeste	621811	567874	1189685
Sul	226619	179244	405863
Centro-Oeste	126671	100687	227358
Total	1867185	1182238	3049423

Fonte: Datasus 2004

Observa-se, no ano de 2002, uma taxa total de cesáreas de 38,77%. Número bem acima, como já foi citado, do recomendado pela OMS.

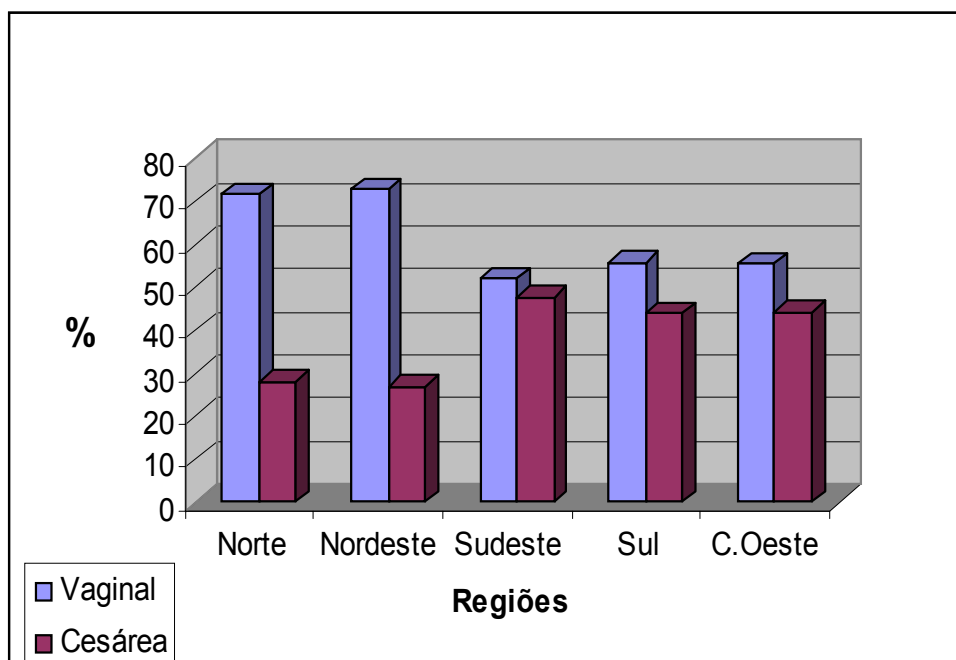


GRÁFICO 1 - Nascidos-vivo por tipo de parto e região (Brasil, 2002)

Nota-se a maior porcentagem de cesáreas no sudeste, seguido de perto da região sul e centro-oeste. Enquanto que maior porcentagem de partos vaginais ocorre no norte.

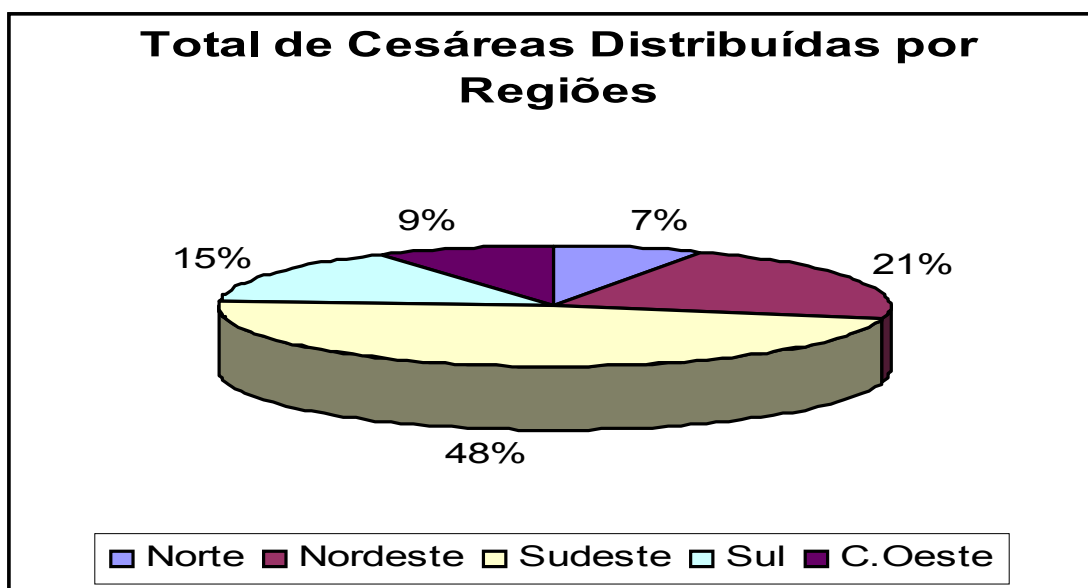


GRÁFICO 2 - Total de cesáreas realizadas no Brasil, divididas por regiões (2002)

O sudeste foi responsável por quase metade do total de cesáreas realizadas no Brasil em 2002.

Tabela 2 - Procedimentos obstétricos hospitalares no SUS (Brasil, 2002)

Regiões	Vaginais		Cesáreas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	194065	78,74	52418	21,26	246483	100,00
Nordeste	657554	79,47	169883	20,53	827437	100,00
Sudeste	572831	70,43	240518	29,57	813349	100,00
Sul	208945	71,29	84147	28,71	293092	100,00
Centro-oeste	120264	73,60	43135	26,40	163399	100,00
Total	1753659	74,82	590101	25,18	2343760	100,00

Fonte: Datasus 2002

Em 2002, foram realizadas quase 600 mil cesáreas pelo SUS, o que corresponde a uma taxa de 25,18% do total de partos.

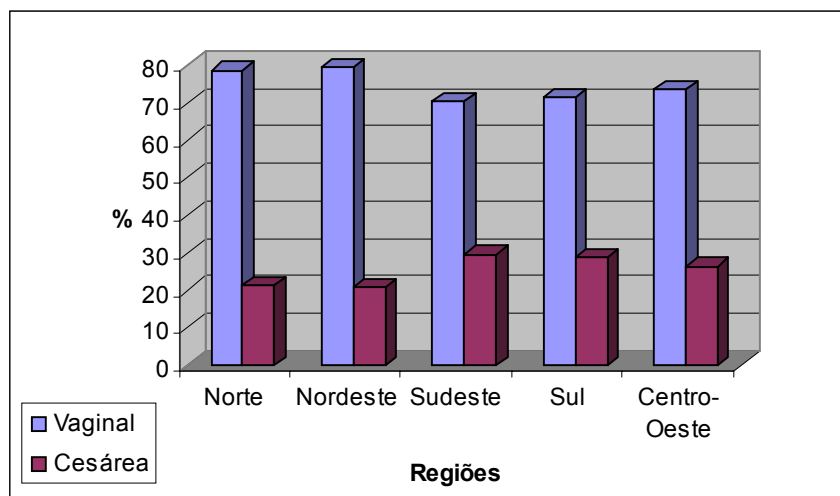


GRÁFICO 3 – Porcentagem de cesáreas e partos vaginais nas diferentes regiões no SUS (Brasil, 2002)

TABELA 3 - Tipo e total de partos não-SUS nas diferentes regiões (Brasil, 2002)

Regiões	Parto Vaginal	Partos Cesáreos	Total
Norte	21949	32111	54060
Nordeste	18516	80021	98537
Sudeste	48980	327356	376336
Sul	17674	95097	112771
Centro-oeste	6407	57552	63959
Total	113526	592137	705663

Dentre os partos não-SUS realizados, o número de cesáreas chama mais atenção, sendo que é responsável pela maior parte dos partos em todas regiões, chegando a uma

porcentagem assustadora de aproximadamente 90% em 4 das 5 regiões do Brasil, como pode ser visto no gráfico a seguir.

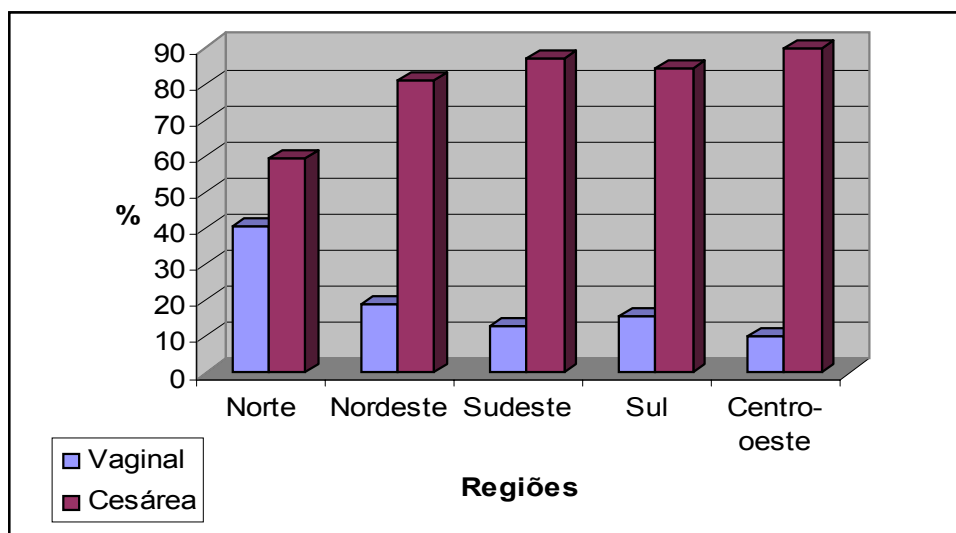


GRÁFICO 4 – Porcentagem dos tipos de parto não-SUS nas diferentes regiões (Brasil, 2002)

TABELA 4- Total de Óbitos por Tipo de Parto do SUS e Região (Brasil, 2002)

Regiões	Parto Vaginal	Parto Cesáreo	Total
Norte			64
	29	35	
Nordeste	79	91	170
Sudeste	99	154	253
Sul	16	51	67
Centro-oeste	17	13	30
Total	240	344	584

Fonte: Datasus 2004

Em números absolutos, com exceção da região centro-oeste, a cesárea está associada a morte em todas regiões por mais da metade do número total de mortes relacionadas ao parto.

TABELA 5 - Taxa de mortalidade por tipo de parto e região do SUS (Brasil, 2002)

Região	Parto Vaginal	Parto Cesáreos
Norte	0,01	0,07
Nordeste	0,01	0,05
Sudeste	0,02	0,06
Sul	0,01	0,06
Centro-oeste	0,01	0,03
Total	0,01	0,06

Fonte: Datasus 2004

Em números relativos, temos uma taxa no mínimo 3 vezes maior de mortalidade associada cesárea comparada ao parto vaginal, como observamos no centro-oeste e sudeste. Chegando a uma taxa 7 vezes maior na região norte.

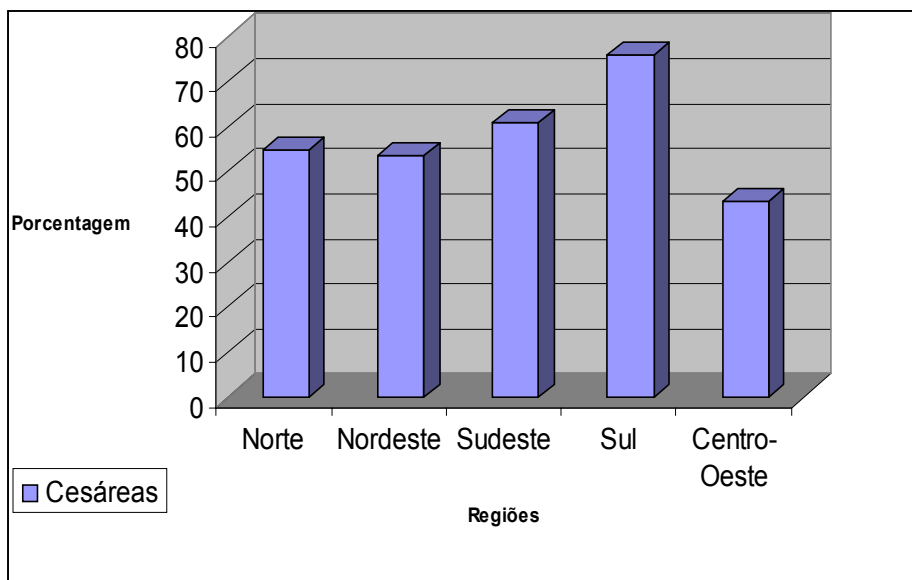


GRÁFICO 5 – Porcentagem de mortalidade no SUS das cesáreas sobre o total de mortalidade nos partos.
(Brasil, 2002)

Em todas regiões, com exceção do centro-oeste, a morte materna se seguiu à cesaria em mais da metade dos casos, mesmo correspondendo a menos de 40% de todos os partos.

5. DISCUSSÃO

Na época do estudo nasceram aproximadamente 3 milhões de crianças no Brasil. Destas, quase 40% nasceram de cesáreas. A taxa de cesáreas recomendada pela OMS é de 15% (WHO,1985), portanto foram realizadas em torno de 725 mil cesáreas acima do recomendado.

Percebe-se de início como vem mudando a escolha do procedimento obstétrico para realizar um parto. Em 2002, no Brasil, o número de cesáreas quase se equivale o número de partos vaginais em três das cinco regiões do Brasil.

De acordo com um estudo realizado na América Latina por Belizán), entre dezenove países avaliados, sete deles apresentaram taxas de cesarianas abaixo de 15%, sendo representados por Haiti, Guatemala, Bolívia, Peru, Paraguai, Honduras e El Salvador. No entanto, em 12 países latino-americanos as taxas variavam de 16,8% a 40%, sendo que alguns apresentaram taxas mais altas, como o Chile (40,0%), o Brasil (27,1%), a República Dominicana (25,9%) e a Argentina (25,4%), e outros taxas menores, como Colômbia (16,8%), Panamá (18,2%) e Equador (18,5%). Vemos então que mesmo dentro da América Latina o Brasil ainda está acima da média do índice de cesáreas. (BELIZÁN, 1999)

Smith et al, verificou no Estados Unidos taxas de 18,4%, em 1997.

O número de cesáreas aumentou nos estados mais desenvolvidos economicamente. Sendo que na ordem do menor para a maior porcentagem de cesáreas sobre o número total de partos temos Nordeste, Norte, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Onde de um lado temos norte e nordeste com um número significativamente maior de partos vaginais ainda e de outro as regiões onde o número de cesáreas cresceram muito. O gráfico 2 nos mostra que a imensa maioria de cesáreas foram realizadas na região sudeste.

Camano e Mattar (1983) encontraram incidência de parto por cesárea mais elevada em pacientes pagantes do que não pagantes, o que foi confirmado por Cai et al (1998).

Yazlle, 2001 avaliou o tipo de parto de acordo com a categoria de internação da parturiente concluiu que a incidência de cesariana aumentou conforme aumentou o padrão social das mulheres, não havendo correspondência com o risco obstétrico.

Com este trabalho, podemos observar que a taxa de cesáreas no Brasil, feitas pelo SUS, no ano de 2002 foi de 25%. Apesar de um índice bem menor que o visto anteriormente no total de nascidos vivos, ainda está bem acima do índice preconizado pela OMS. O número de cesáreas ainda é significativo em todas regiões, sendo que nenhuma região está dentro do recomendado.

Chama a atenção fato da porcentagem ainda ser alta, considerando que na maioria dos hospitais do SUS deveria haver uma maior fiscalização quanto a porcentagem de cesáreas. Mas por outro lado fica a dúvida de que se não existisse fiscalização nenhuma, as taxas seriam semelhantes ao setor privado?

Subtraindo-se o número total de nascidos vivos, dos partos realizados pelo SUS temos os partos realizados não-SUS, que é composto por partos particulares e convênios. São responsáveis por um número de cesárea imensamente maior aos partos vaginais. Tão grande, que apesar de, em números brutos, serem bem menor que os partos realizados pelo SUS, conseguiu igualar praticamente as cesáreas e partos vaginais em algumas regiões, considerando todos os partos realizados no Brasil, considerando SUS e não-SUS.

No setor privado (particular e convênio) as taxas de cesáreas são assustadoras, em que 4 regiões estão em torno de 90%, dando uma média de 83% no Brasil, coincidindo com o visto na literatura, que diz que a taxa de cesáreas pode chegar a mais de 80% (RATTNER, 1996; PIRES, 2000).

O que será que está acontecendo? O que eleva tanto as taxas de cesáreas?

A justificativa mais utilizada no passado para as altas incidências de cesárea era a equivocada relação entre o aumento nas taxas de cesárea e o concomitante declínio das taxas de mortalidade perinatal (O' DRISCOLL & FOLEY, 1983). Indubitavelmente esse procedimento cirúrgico salva mães e fetos em determinadas situações específicas, e a restrição ao seu acesso, como em algumas regiões da África e Ásia, por exemplo, pode levar a altas taxas de mortalidade materna e perinatal. (ROYSTON & ARMSTRONG, 1989; CHHABRA ET AL., 1992). Hoje, no entanto, parece claro que os principais fatores determinantes da queda da morbi-mortalidade neonatal foram o desenvolvimento das

técnicas de terapia intensiva neonatal e a melhoria da atenção à saúde materna não necessariamente afetados pela via de parto (HIBBARD, 1976; SHEARER, 1993). Mas, certamente, este não é o caso da maioria dos países ocidentais, onde as taxas de cesáreas continuam aumentando.

Hoje, podem ser levantadas várias hipóteses para este alto número de cesáreas.

Dentre os fatores médicos destacam-se:

1- Medo de processos legais envolvendo má prática obstétrica.

Exemplo: meu filho nasceu com problema porque o doutor deveria ter feito uma cesárea e não fez.

2- Conveniência do obstetra e da própria parturiente, que erroneamente interfere na via do parto.

Exemplo: “O que a Sra. acha de fazermos a cesárea no Sábado que estou mais folgado, sem outros compromissos?”

“Será que pode ser às 08:30 para ele ser do signo de aquário e ter ascendente em Peixes, prá mim ia ser melhor..??”

3- Má formação do obstetra.

Exemplo: “Farei a cesárea para evitar que demore muito para nascer e possa dar algum problema que precise usar o forceps, já que não sei usar.”

4- Diagnóstico precoce de sofrimento fetal e alterações congênitas.

Exemplo: “Precisamos fazer uma cesárea, pois o feto tem uma alteração cardíaca que está levando ao sofrimento”.

Entre os fatores gestante/ família/ comunidade:

1- Medo da dor do parto;

2- Medo das lacerações vaginais;

3- Cesárea como “bem de consumo”;

4- Banalização da cirurgia e conveniência;

5- Laqueadura tubária.

Segundo Rattner, 1996, e Yazlle, 2001, Marta et al, 2001 as principais indicações não médicas para o procedimento são: a conveniência do médico, o fato da cirurgia ser vista pela população como “um bem de consumo”, o desejo de “aproveitar o procedimento

cirúrgico” para fazer laqueadura e o medo da dor e lacerações vaginais que podem aparecer no parto vaginal.

No setor privado, poderia se pensar na melhor remuneração das cesáreas um dos responsáveis para este grande aumento. Gentile et al (1997) compararam os partos ocorridos em nove maternidades privadas do Rio de Janeiro, entre 1968 e 1993, e verificaram que houve aumento significativo de cesáreas, apesar de terem sido iguais os honorários médicos para o parto por cesárea e por via vaginal. Sugerem os citados autores que não é a forma de remuneração da assistência ao parto, isoladamente, que interfere no índice de cesáreas, mas sim uma série de variáveis que podem influenciar no tipo de contrato que se estabelece entre a paciente e o médico. (GENTILE et al)

O Obstetra Rodrigo Vianna também cita a cesárea como “bem de consumo” nas regiões mais desenvolvidas, visto que em clínicas particulares, onde na prática a parturiente acaba tendo maior direito de escolha e os médicos não são obrigados a submeter-se a protocolos internos como no setor público, o número de cesáreas é bem maior. (VIANNA, 2004) Outras causas já foram citadas anteriormente. Ao meu ver, este direito de escolha é relativo. Existe sim a pergunta do médico para saber se a parturiente quer ter um parto normal ou uma cesariana, mas de uma forma induzida. Geralmente demonstrando as maiores vantagens da cesariana, que para o médico é o mais conveniente. Assim o médico não fará o parto programado, sem ser de urgência e no dia e horário que lhe convém.

Mas será que a cesárea, visto este grande aumento, não é mais fácil, segura e conveniente? Qual seria o problema de seu número estar aumentando?

Analisando a mortalidade, obtemos o pior desfecho possível. Não foram avaliadas outras complicações, que também aumentam na cirurgia.

Observou-se o índice mais alto de mortalidade comparando com o parto vaginal. Dentre os partos realizados pelo SUS, as cesáreas estão associadas a mortalidade em aproximadamente 60%, mesmo correspondendo a menos de 1/3 do total de partos realizados. Percebemos que a mortalidade é significativamente maior em cesáreas, variando, de acordo com a região, entre 3 a 7 vezes mais quando comparada ao parto vaginal. (dados que coincidem com a literatura – NEME. 1995).

As principais complicações que podem ocorrer na cirurgia, para a mãe incluem: lacerações acidentais, hemorragias, infecções, embolia pulmonar, íleo paralítico e reações

indesejáveis à anestesia, além de poder ocasionar complicações em gestações futuras e limitar o futuro obstétrico da mulher. Para a criança: maior frequência de desconforto respiratório, síndrome da angústia respiratória e prematuridade iatrogênica. (KNOBEL, 2004).

O parto normal também pode apresentar complicações em si (distopias, rupturas, hemorragias, etc.) e sofrimento fetal. Principalmente quando não há opção de cesárea (locais distantes do hospitais e de assistência adequada). Mas as complicações não são maiores que as vistas na cesárea. Sugere-se aqui um maior investigação das complicações em partos normais.

Em termos institucionais a cesárea apresenta um maior custo em si (centro cirúrgico, dias de internação, medicação, pessoal médico e de enfermagem) e um maior custo decorrente das complicações já referidas. (RATTNER, DAPHNE 1996; PIRES, 2000). Em 2002, no Brasil, observou-se um custo médio de R\$ 234,95 por cada parto vaginal no SUS, já a cesárea teve um custo médio de R\$ 420,83. Com isso, chegamos a um gasto total de R\$ 420.016.410,93 em partos vaginais e R\$ 248.330.673,67 em cesáreas. Apesar de a cesárea corresponder a 25% dos partos realizados no SUS, foi responsável por aproximadamente 37% dos gastos em partos. (DATASUS)

Com este estudo, utilizando dados disponibilizados pelo governo do Brasil consegue-se caracterizar a grande epidemia de cesáreas. Chama a atenção para dois fatores importantes. Um deles a forte influência da condição “SUS ou não-SUS” da parturiente no seu risco de ser operada e outro a maior mortalidade subsequente ao procedimento cirúrgico.

Este estudo possui as seguintes limitações:

- Não foram analisados os casos individualmente o que não nos permite avaliar as indicações das cesarianas;
- Não sabemos até que ponto as cesáreas não estão realmente justificadas;
- Não sabemos os motivos específicos que causaram as mortes analisadas. Poderiam existir doenças prévias, quando indicado cesárea, cursando a morte, embora provavelmente

não seja o que aconteceu em todas as 344 mulheres que morreram após cesáreas realizadas pelo SUS;

- Também não avaliamos as condições das mulheres que falecem após o parto normal (doença prévia ou não, assistência médica adequada e local do parto);

- Não foi possível avaliar a formação da equipe responsável pelo parto;

- Não foi avaliado a mortalidade no setor privado;

- Partos não registrados não foram estimados.

Sugere-se aprofundar o tema pesquisado e fazer outros estudos como, por exemplo, avaliar os partos não hospitalizados e seus resultados.

Outra sugestão, que facilitaria muito este tipo de estudo, seria o preenchimento do atestado de óbito com o tipo de parto realizado, quando houver morte materna durante o puerpério.

Para uma maior e melhor avaliação, sugerimos uma nova pesquisa incluindo morbidades maternas relacionadas ao tipo de parto, como transfusões, infecções, problemas obstétricos futuros, assim como mortalidade e morbidade fetal.

Como vimos, a taxa de cesáreas do Brasil é muito alta. Seria útil uma avaliação detalhada, assim como discussão com profissionais, palestras aberta ao público e nas escolas médicas, visando diminuir estas taxas.

6. CONCLUSÃO

O crescimento no número de cesáreas no Brasil vem causando grandes discussões. Mesmo com o incentivo ao parto normal, a taxa brasileira permanece alta.

Parece que à medida que uma região se desenvolve, a maioria dos autores que defendem as cesáreas, já citados anteriormente, dizem que as mulheres tem cada vez mais a cesárea como escolha no momento do parto. Mas também levantamos a possibilidade de esta escolha estar sendo induzida pelo próprio médico. Aqui vemos a necessidade, e sugestão, de um trabalho qualitativo com mulheres que estão começando as consultas pré-natais. Visando descobrir qual realmente sua opinião demonstrando realmente as vantagens e desvantagens de cada procedimento.

Foi visto que em todas regiões, em partos não-SUS, a porcentagem de cesáreas está muito acima dos partos vaginais, com exceção do Norte, onde a porcentagem de cesáreas apesar de ser maior, não é tão aberrante a diferença, talvez pela sociedade tradicionalista que ainda consegue sobreviver.

Percebe-se, então, que o principal contribuinte por esta mudança é o setor privado das regiões mais desenvolvidas do Brasil, onde o número de cesáreas é imensamente maior.

Pelo SUS apesar de ser bem menor esta taxa, ainda está muito acima do preconizado pela OMS, que é de 15%. Isso deve-se provavelmente ao padrão atual de escolha da população, mas que ainda não toma números tão altos pela resistência de alguns médicos que seguem protocolos do hospital onde trabalham.

Seria interessante, então, uma análise de qual a vontade das pacientes atendidas pelo SUS. Se elas fazem partos normais porque querem ou porque apenas se submetem a eles. E da mesma forma nas clinicas particulares o inverso. As pacientes preferem mesmo a cesárea ou é escolha do médico?

A mortalidade, proporcionalmente, foi maior em todas as regiões nas cesáreas, confirmando assim o maior risco deste tipo de procedimento. Apesar de não ter sido

avaliado as morbidades apresentadas em cada tipo de parto, só a maior mortalidade já é suficiente para percebermos que existe uma necessidade de se pensar melhor a respeito da escolha do melhor procedimento na hora do parto.

REFERÊNCIAS

1. Arms, S. *Immaculate Deception II - A fresh look on childbirth*. Berkeley, Celestial Arts, 1994.
2. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of cesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991;338:167-9.
3. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-402.
4. Besteti, Helaine Maria. O Impacto das Altas Taxas de Cesárea Sobre a Fecundidade de uma População. Um Estudo de Coorte Retrospectivo em Campinas, Brasil. 2000.
5. Brenes, Correa Anayansi. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. VII, n. 2, p. 135-149, abril/junho. 1999.
6. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Public Health* 1998;88:777-80.
7. Camano L, Mattar R. Reflexões sobre a incidência da cesárea. *Rev Paul Med* 1983;101:160-4.
8. Castro, Arachu; Langer, Ana; Heimburger, Angela, 2002. Iatrogenic Epidemic: How Health Care Professionals Contribute to the High Proportion of Cesarean Sections in Mexico
9. Cunningham, F.G Williams. *obstetrics*. 19.ed. New York, Prentice-Hall, 1993. 1428p
10. DataSUS, 2005 – Rede Interativa de informações para a Saúde <<http://www.datasus.gov.br>>

11. Faundes, A.E., Cecatti, J.G. A Operação Cesária no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Consequência e Propostas da Ação. In: Cadernos de Saúde Pública, v.7, n.2, p.150-173, 1991.
12. Frade, Jacqueline Leite, 2000. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.22 no.10 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2000
13. Gentile FP, Noronha Filho G, Cunha AA. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad Saúde Pública* 1997;13:221-6.
14. Hibbard, L.T. – Changing trends in cesarian section. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 125:798-804, 1976.
15. Knobel, Roxana. Mortalidade após procedimentos obstétricos no Sistema Único de Saúde nos anos de 2002 a 2004 - Uma reflexão sobre altos índices de cesáreas no Brasil, 2004.
16. Magalhães, F. Lições de clínica obstétrica. 2. ed. Rio de Janeiro, Livraria Castilho, 1922.
17. Neme, B Obstetrícia Básica. São Paulo, Sarvier, 1995.
18. O'Dowd, M. ; Philipp, E. The History of Obstetrics and Gynaecology. New York, London, Parthenon Publishing, 1994.
19. O'Driscoll, K & Foley, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in Cesarean section rates. *Obstet. Gynecol.*, 61 1-5, 1983.
20. Pires, Helaine Maria Besteti. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundação de uma população. Um estudo de coorte retrospectivo em Campinas, 2000. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
21. Porreco RP. High cesarean section rate: a new perspective. *Obstet Gynecol* 1985;65:307-11.

22. Rattner, D., 1996. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 30:19-33.
23. Rezende J. Aspectos médico 2002. p.1435-74. -legais e éticos da obstetrícia. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1435-74.
24. Ribeiro, Helena, 1999. Saúde da Mulher.
Site: http://www.medico.org.br/saude/saude_mulher.php
25. Royston, E. & Armstrong, S. Preventing maternal deaths. WHO, Geneva, 1989.
26. Schraiber, L. B. O Médico e Seu Trabalho - Limites da Liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.
27. Shearer, E. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc. Sci. Med.*, 37:1223-31,1993.
28. Smith jf, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997;90:344-6.
29. Vianna, Rodrigo – Gestação Consciente, 2004. Artigo encontra-se no site
<http://www.portalverde.com.br/gestacaoconsciente/rodrigovianna/artigos/cesariaxnormal.htm>
30. Yazlle, Marta Edna Holanda Diógenes; Rocha, Juan Stuardo Yazlle, 2001.Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto

